

اسم العميل: المكتب: تاريخ التقييم:

اسم الباحث: القسم: التاريخ:

## ملخص الخدمة

اسم العميل: تاريخ التقييم:

العنوان:

هاتف رقم: داخلي: اسم الباحث:

النوع: السن: رقم هاتف الباحث: داخلي:

جهة اتصال الطوارئ: هاتف رقم: النوع:

( ) -

مقدم الرعاية الاحتياطي: هاتف رقم: النوع:

( ) -

اللغة الأولى: إجادة الإنجليزية؟ مطلوب مترجم فوري؟

متخذ القرار البديل  
النوع:

الاسم: هاتف رقم: النوع:

( ) -

الطبيب الأساسي: هاتف رقم: النوع:

( ) -

الدعم غير الرسمي:  
الهاتف

الاسم

الدعم الرسمي:  
الهاتف

الدعم الرسمي

## Arabic

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

الخدمات  
العمل مؤهل وظيفياً لما يلي:

الوضع المعيشي المخطط:

التصنيف: الدخل اليومي: عدد ساعات العمل في الشهر:

الرعاية الشخصية  
زيارة رقم 1  
زيارة رقم 2  
زيارة رقم 3  
إجمالي الساعات المصرح بها

رفض العمل المساعدة في المهام التالية:

فيما يلي احتياجات العميل ومن/ما يفى بهذه الاحتياجات والجدول المفضل بالنسبة للعميل:

جهة توفير الخدمات:  
تفي بالاحتياجات التالية:

جدول المواعيد:

اليوم	الفترة الزمنية	وقت البدء	وقت الانتهاء

جهة توفير الخدمات  
تفي بالاحتياجات التالية:

جدول المواعيد:

اليوم	الفترة الزمنية	وقت البدء	وقت الانتهاء

Arabic

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

جهة توفير الخدمات:  
تفي بالاحتياجات التالية:

جدول المواعيد:

اليوم	الفترة الزمنية	وقت البدء	وقت الانتهاء

المعدات:

النوع	من يقوم بالعمل	العمل من قبل

أهداف العميل:  
بيان مقتضب بالأهداف:

من يقوم بالعمل:

الحالة:

بيان مفصل بالأهداف:

بيان مقتضب بالأهداف:

من يقوم بالعمل:

الحالة:

بيان مفصل بالأهداف:

بيان مقتضب بالأهداف:

من يقوم بالعمل:

الحالة:

بيان مفصل بالأهداف:

بيان مقتضب بالأهداف:

من يقوم بالعمل:

الحالة:

بيان مفصل بالأهداف:

خطة الأمن القومي:

بيان الأمن القومي:

اسم مدير الحالة:

Arabic

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

رقم هاتف مدير الحالة:

الدور المناط بمدير الحالة:

1. إجراء عمليات التقييم وإعادة التقييم لتحديد برنامج الخدمات المناسب للعميل وتكاليف الخدمات.
2. وضع خطة المتابعة بالتعاون مع العميل.
3. التحقق من تقديم الخدمات طبقاً للخطة المقررة وتعديل هذه الخطة عند اللزوم.

يحق للملاء التنازل عن خدمات إدارة الحالات خلاف تلك المدرجة في البند 1 و 2 و 3 أعلاه.

أقر بأنني على علم بالبدائل المتاحة لي وأوافق على خطة الخدمات الواردة أعلاه. وأفوض إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية و/أو مندوب شبكة المسنين بالحصول على المعلومات اللازمة لوضع برنامج الخدمات الخاص بي أو نشر هذه المعلومات.

التاريخ	توقيع العميل/المندوب
التاريخ	جهة توفير الخدمة
التاريخ	توقيع الباحث الاجتماعي/مدير الحالة

**Arabic**

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page: